

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung für Saisonarbeitskräfte

VB-KV 2026 (B-REA-D) Profi

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Wir sind die HanseMerkur Reiseversicherung AG mit Sitz in Hamburg. Sie sind unser/unserer Vertragspartner/-in, der/die sogenannte Versicherungsnehmer/-in, wenn Sie den Versicherungsvertrag mit uns abschließen. Eine versicherte Person sind sowohl Sie, wenn Sie sich selbst versichert haben, als auch andere Personen, die Sie (mit-)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls in diesen Versicherungsbedingungen als „Sie“. Diese Versicherungsbedingungen gelten für Sie als Versicherungsnehmer/-in und für Sie als versicherte Person.

Ihre Versicherungsbedingungen bestehen aus 4 Abschnitten.

Im Abschnitt I befindet sich eine Übersicht über die Leistungsarten und die hierzu vorgesehenen tariflichen Leistungshöhen.

Im Abschnitt II finden Sie allgemeine Erläuterungen, u. a. zum Versicherungsschutz, zum Versicherungsvertrag und rechtliche Hinweise.

Im Abschnitt III befindet sich der genaue Wortlaut der Leistungsarten.

Im Abschnitt IV befindet sich ein Auszug aus dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Inhalt

Abschnitt I – Leistungsübersicht.....	2
Abschnitt II – Allgemeine Bestimmungen.....	2
1 Der Versicherungsschutz.....	2
1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?.....	2
1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	3
1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?.....	3
1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?.....	3
2 Der Versicherungsvertrag.....	3
2.1 Bis wann schließen Sie den Vertrag ab?.....	3
2.2 Für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab?.....	3
2.3 Wann endet der Versicherungsvertrag?.....	3
2.4 Wann zahlen wir die Entschädigung?.....	3
2.5 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?.....	3
2.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche?.....	3
2.7 Welches Gericht ist zuständig?.....	3
2.8 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?.....	3
3 Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?.....	4
3.1 Prämienhöhe.....	4
3.2 Zahlung der ersten Prämie.....	4
3.3 Zahlung der Folgeprämien.....	4
3.4 Prämieinzug.....	4
3.5 Aufrechnung.....	4
4 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?.....	4
4.1 Wie können Sie uns den Schadenfall melden?.....	4
4.2 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?.....	4
4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?.....	4
4.4 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?.....	4
4.5 Zustimmung zum Rücktransport.....	4
4.6 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?.....	4
Abschnitt III – Leistungsbeschreibung.....	4
1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz.....	4
1.1 Was ist ein Versicherungsfall?.....	4
1.2 Zwischen welchen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?.....	5
1.3 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?.....	5
2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?.....	5
2.1 Was leisten wir im Rahmen einer Heilbehandlung?.....	5
2.2 Was leisten wir bei medizinischen Behandlungen im Rahmen einer Schwangerschaft?.....	5
2.3 Was leisten wir bei Transporten?.....	5
2.4 Was leisten wir bei Überführung und Bestattung?.....	5
2.5 Was ist die versicherte Nachleistung?.....	6

3	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	6
3.1	In welchen Fällen sind die Leistungen eingeschränkt?	6
3.2	In welchen Fällen leisten wir nicht?	6
Abschnitt IV – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)		6
§ 19	Anzeigepflicht	6
§ 20	Vertreter des Versicherungsnehmers	7
§ 21	Ausübung der Rechte des Versicherers	7
§ 28	Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit	7
§ 37	Zahlungsverzug bei Erstprämie	7
§ 38	Zahlungsverzug bei Folgeprämie	7
§ 86	Übergang von Ersatzansprüchen	7
Schlichtungsstellen		7

Abschnitt I – Leistungsübersicht

Den genauen Wortlaut der versicherten Leistungen und Ereignisse finden Sie unter den aufgeführten Ziffern im Abschnitt III – Leistungsbeschreibung.

Versicherte Leistungen der Auslandskrankenversicherung		Leistungshöhen
2.1	Heilbehandlungen	
2.1.1	Ambulante Heilbehandlungen gemäß der in Abschnitt III Ziffer 2 beschriebenen Gebührenordnung	100 %
2.1.2	Stationäre Heilbehandlungen	100 %
2.1.3	Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen gemäß der in Abschnitt III Ziffer 2 beschriebenen Gebührenordnung	1.000,- EUR
2.1.4	Medikamente und Verbandmittel	100 %
2.1.5	Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen, Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik	100 %
2.1.6	Hilfsmittel – Unfallbedingte Hilfsmittel – Erstschaftung von Hilfsmitteln – Reparaturen von vorhandenen Hilfsmitteln	100 % 500,- EUR 250,- EUR
2.1.7	Sehhilfen	200,- EUR
2.1.8	Operationen	100 %
2.2	Schwangerschaft	
2.2	Untersuchungen, Behandlungen bei Komplikationen, Frühgeburt, Fehlgeburt	100 %
2.3	Transportkosten	
2.3.1	Krankentransporte zur Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus	100 %
2.3.2	Krankenrücktransport zum Krankenhaus im Heimatland	100 %
2.4	Überführungs- und Bestattungskosten	
2.4	Überführung oder Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Überführungskosten	10.000,- EUR
2.5	Nachleistung	
2.5	Verlängerung des Versicherungsschutzes bis zum Eintritt der Transportfähigkeit, maximal 3 Monate	100 %

Abschnitt II – Allgemeine Bestimmungen

1 Der Versicherungsschutz

1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?

- 1.1.1 Versichert sind Sie, wenn Sie
- im Versicherungsschein namentlich genannt sind und
 - versicherungsfähig sind und
 - die Prämie bezahlt wurde.
- Versicherungsfähig sind Sie
- wenn Sie das 69. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
 - bei ausländischer Staatsangehörigkeit, wenn Sie sich nur vorübergehend als Saisonarbeitskraft in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten oder
 - bei deutscher Staatsangehörigkeit, wenn Sie seit mehr als zwei Jahren Ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben

und sich nur vorübergehend als Saisonarbeitskraft in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten.

- 1.1.2 Personen, die
- die Voraussetzungen der Ziffer 1.1.1 nicht erfüllen;
 - in der Bundesrepublik Deutschland der gesetzlichen Krankenversicherungs- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
 - dauernd pflegebedürftig sind oder wenn ihre Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist
- sind nicht versicherungsfähig. Der Versicherungsvertrag kommt auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Für die Einordnung, ob Personen an Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen sind, werden insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person berücksichtigt.

1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle

- mit Beendigung des Versicherungsvertrages,
- nach der vereinbarten Dauer oder
- spätestens jedoch mit der Ausreise aus dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt während Ihres vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, nicht jedoch in Ihrem Heimatland.

Heimatland im Sinne dieser Bedingung ist Ihr ständiger Wohnsitz vor Ihrem vorübergehenden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland.

2 Der Versicherungsvertrag

2.1 Bis wann schließen Sie den Vertrag ab?

- 2.1.1 Der Versicherungsvertrag muss innerhalb von 14 Tagen nach Ihrer Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen werden. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages muss alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthalten.
- 2.1.2 Halten Sie diese Bestimmung nicht ein, können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein. Hierbei beachten wir die Regelungen der §§ 19–21 VVG. Diese finden Sie im Abschnitt IV.

2.2 Für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab?

- 2.2.1 Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Zeit als Saisonarbeitskraft abgeschlossen werden. Geringe Zeitspannen oder nur Abschnitte zu versichern ist nicht zulässig. Achten Sie bitte bei Vertragsschluss den Beginn und das Ende der Arbeitstätigkeit richtig anzugeben. **Hinweis: Eine fehlerhafte Angabe kann zu unserem Rücktritt vom Versicherungsvertrag und zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.** Hierbei beachten wir die Regelungen des § 19 VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt IV.
- 2.2.2 Die Höchstversicherungsdauer beträgt 123 Tage.
- 2.2.3 Verlängert sich Ihr Arbeitsaufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland
- kann weiterer Versicherungsschutz nur durch einen neuen Versicherungsvertrag innerhalb der Höchstversicherungsdauer gewährt werden,
 - muss uns der Antrag für den neuen Versicherungsvertrag vor dem Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages vorgelegt werden.

Der neue Versicherungsvertrag kommt nur zustande, wenn wir diesem ausdrücklich zustimmen!

2.3 Wann endet der Versicherungsvertrag?

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von diesen Vereinbarungen unberührt.

Der Versicherungsvertrag endet auch für noch nicht abgeschlossene bzw. schwebende Versicherungsfälle

- zum vereinbarten Zeitpunkt;
- mit dem Tod des Versicherungsnehmers; die versicherten Personen können innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen;
- mit der Beendigung der Auslandsreise oder wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen.

Der Vertrag wird in diesem Fall frühestens zu dem Zeitpunkt beendet, an dem wir Kenntnis darüber erlangen.

2.4 Wann zahlen wir die Entschädigung?

- 2.4.1 Wir zahlen innerhalb von 2 Wochen. Voraussetzung ist,
- dass unsere Pflicht, zu leisten, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist und
 - dass uns die notwendigen Nachweise – diese gehen in unser Eigentum über – vorliegen.

Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange wir Ihren Anspruch durch Ihr Verschulden nicht prüfen können.

- 2.4.2 Wir rechnen Ihre Kosten in ausländischer Währung zum Kurs des Tages in EUR um, an dem wir die Belege erhalten. Es gilt der amtliche Devisenkurs, außer Sie haben die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs gekauft. Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Leistungen ins Ausland oder
- für besondere Überweisungsformen, die Sie beauftragt haben.

- 2.4.3 Möglicherweise haben Sie einen Versicherungsschutz auch bei anderen Versicherern. Das kann z. B. die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche bei anderen Versicherern, sind diese vorrangig.

Ihnen stehen insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu. Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Schaden melden.

Wenn Sie den Schaden zuerst bei uns melden, werden wir Ihnen die Kosten erstatten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob sie sich an den Kosten beteiligen. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einer privaten Krankenversicherung, wenn Ihnen hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.

Weitere Informationen darüber lesen Sie unter Ziffer 4.4.2.

2.5 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

In Ergänzung dieser Bestimmungen gelten das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie deutsches Recht.

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.hmr.de/datenschutz/information oder fordern Sie diese gern bei uns an.

2.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch von Ihnen angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt unterbrochen, zu dem unsere Entscheidung Ihnen zugeht.

2.7 Welches Gericht ist zuständig?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem

- wir unseren Sitz haben oder
- Sie als Saisonarbeitskraft zur Zeit des Vertrages in der Bundesrepublik Deutschland tätig waren.

2.8 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.). Die Vertragssprache ist Deutsch.

3 Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?

3.1 Prämienhöhe

Die Prämie für eine versicherte Person ergibt sich aus der Prämienübersicht.

3.2 Zahlung der ersten Prämie

3.2.1 Die erste Prämie ist sofort fällig, nachdem Sie den Versicherungsschein und die Prämienrechnung bekommen haben.

3.2.2 Zahlen Sie die erste Prämie nicht, können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 37 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Diesen finden Sie im Abschnitt IV.

3.3 Zahlung der Folgeprämien

Zahlen Sie die Folgeprämie nicht rechtzeitig, können wir den Vertrag kündigen und leistungsfrei sein. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Diesen finden Sie im Abschnitt IV.

3.4 Prämieinzug

Haben Sie mit uns einen Prämieinzug von einem Konto vereinbart, nehmen wir diesen sofort nach Ihrer SEPA-Mandatserteilung vor. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn

- wir die Prämie einziehen können und
- einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.

Könnte die Prämie ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Sie diese unverzüglich nach unserer Aufforderung vornehmen.

3.5 Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

4 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?

4.1 Wie können Sie uns den Schadenfall melden?

Sie finden Formulare für Ihre Schadenmeldung hier: www.hmr.de/downloadcenter/schadenformulare.

Es ist auch möglich, uns per E-Mail zu kontaktieren: reiseleistung@hansemekur.de (bitte Versicherungsscheinnummer angeben).

Auf dem Postwege erreichen Sie uns unter: HanseMerkur Reiseversicherung AG, Schadenabteilung, Postfach, 20352 Hamburg.

Bei Notfällen hilft Ihnen unser 24-Stunden-Notruf-Service. Diesen erreichen Sie zu jeder Zeit und weltweit. Die Telefonnummer finden Sie beispielsweise auf unserer Webseite: www.hmr.de/notfall.

4.2 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?

Im Falle einer stationären Behandlung nehmen Sie bitte vor Beginn umfänglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich mit unserem Notfall-Service Kontakt auf.

4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

4.3.1 Alle Auskünfte zum Schadenfall müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig geben. Sie müssen uns jede Auskunft erteilen und geeignete Nachweise dafür erbringen, die wir brauchen, um feststellen zu können,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt und
- in welchem Umfang wir leisten.

Unsere Schadenanzeige müssen Sie vollständig ausgefüllt zurücksenden.

Halten wir es für notwendig, sind Sie verpflichtet, sich durch eine/einen unserer Ärztinnen/Ärzte untersuchen zu lassen.

4.3.2 Wir benötigen von Ihnen folgende Nachweise im Original, die unser Eigentum werden:

- Rezepte zusammen mit der Behandlungsrechnung
- Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung.
- Eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn eine Überführung bzw. Bestattung gezahlt werden soll.
- Weitere von uns angeforderte Nachweise und Belege, die wir benötigen, um unsere Leistungspflicht zu prüfen. Dies gilt nur, wenn Ihnen die Beschaffung billigerweise zumutbar ist.

Die Belege müssen

- den Namen der behandelten Person enthalten,
- die Krankheit benennen und
- die von der/dem Behandelnden erbrachten Leistungen nach
 - Art,
 - Ort und
 - Behandlungszeitraum

enthalten.

Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis Rechnungskopien. Hierauf muss vermerkt sein, welche Positionen erstattet sind.

4.4 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?

4.4.1 Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

4.4.2 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung im § 86 VVG (siehe Abschnitt IV) bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über. Wir beachten, dass Ihnen daraus kein Nachteil entsteht. Sie sind, falls erforderlich, verpflichtet, bei der Durchsetzung des Ersatzanspruches mitzuwirken.

4.5 Zustimmung zum Rücktransport

Dem Rücktransport zum nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland müssen Sie bei Bestehen der Transportfähigkeit zustimmen, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigen.

4.6 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Absatz 2–4 VVG. Diese finden Sie im Abschnitt IV.

Abschnitt III – Leistungsbeschreibung

1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz

1.1 Was ist ein Versicherungsfall?

Ein Versicherungsfall ist Ihre medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder der Folgen eines Unfalles. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist. Als Versicherungsfall gelten auch

- medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft,
- Frühgeburten bis zur Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche,
- Fehlgeburten,
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche, sofern die Behandlungsnotwendigkeit bei Ihrer Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag noch nicht bestanden hat, sowie
- Tod.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie unter Ziffer 2. Bitte lesen Sie auch Ziffer 3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

1.2 Zwischen welchen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Wählen Sie frei unter folgenden gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärztinnen und Ärzten,
- Zahnärztinnen/-ärzten und
- Krankenhäusern.
- Voraussetzung dafür ist, dass diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung berechnen.

Das Krankenhaus muss

- anerkannt und zugelassen sein,
- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankenakten führen.

Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen dürfen diese Krankenhäuser nicht durchführen und auch keine Rekonvaleszenten aufnehmen. Wir erstatten gemäß Ziffer 2 die entstandenen Kosten.

1.3 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?

Wir leisten für

- Untersuchungen,
- Behandlungen und
- Arzneimittel,

die von der Schulmedizin anerkannt sind. Wir leisten auch für andere Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis ebenso bewährt haben oder
- die nur anstelle der Schulmedizin verfügbar sind.

Zu diesen Methoden zählen z. B.

- homöopathische Behandlungen
- anthroposophische Medizin oder
- Pflanzenheilkunde.

In diesen Fällen können wir die Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei vorhandener Schulmedizin anfällt.

2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Während Ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland ersetzen wir die nachstehenden Kosten bis zu den sogenannten Schwellenwerten der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen

- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
- nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,
- nach den Abschnitten A, E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
- für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

2.1 Was leisten wir im Rahmen einer Heilbehandlung?

Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

- 2.1.1 ärztliche ambulante Behandlungen;
- 2.1.2 unaufschiebbare stationäre Heilbehandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) inklusive Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus, allerdings ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlungen);
- 2.1.3 schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, soweit sich die Reparaturnotwendigkeit erst nach Beginn des Versicherungsschutzes ergeben hat;
- 2.1.4 ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten, auch wenn sie verordnet sind,

- weder Nähr- und Stärkungsmittel
- noch kosmetische Präparate.

- 2.1.5 ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen. Hierzu gehören auch
 - Massagen,
 - medizinische Packungen,
 - Inhalationen sowie
 - Krankengymnastik.

- 2.1.6 ärztlich verordnete Hilfsmittel. Versichert sind
 - a) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie
 - infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden und
 - der Behandlung der Unfallfolgen dienen und
 - die vorige schriftliche Zusage der HanseMerkur eingeholt wird.

- b) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern
 - es sich um eine Erstanschaffung handelt und
 - die vorige schriftliche Zusage der HanseMerkur eingeholt wird.

- c) Reparaturen von vorhandenen Hilfsmitteln.

Wir erstatten die Mietgebühren für die erstmals notwendigen und verordneten Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Sofern eine leihweise Überlassung nicht möglich ist oder die Kosten für die Leihe die Anschaffungskosten übersteigen, werden die Aufwendungen für den Erwerb von Hilfsmitteln in einfacher Ausführung erstattet.

Folgende Gegenstände gelten als Hilfsmittel:

- Bandagen, Bruchbänder, Einlagen,
- Gehstützen und Kompressionsstrümpfe,
- Hörgeräte,
- Korrekturschienen,
- Kunstglieder/Prothesen,
- Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühle,
- Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte,
- Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie
- Sprechgeräte.

- 2.1.7 Sehhilfen, wie z. B. Brillen und Kontaktlinsen, wenn sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat;

- 2.1.8 unaufschiebbare Operationen.

2.2 Was leisten wir bei medizinischen Behandlungen im Rahmen einer Schwangerschaft?

Wir erstatten die Kosten

- für Untersuchungen und/oder Behandlungen wegen Schwangerschaftskomplikationen,
- für eine Entbindung vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt),
- bei einer Fehlgeburt sowie
- eines medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruchs.

Voraussetzung hierfür ist, dass die Behandlungsnotwendigkeit bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht feststand.

2.3 Was leisten wir bei Transporten?

- 2.3.1 Wir erstatten die Kosten für Krankentransporte zur Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft.

- 2.3.2 Wir erstatten die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland, sofern der Transport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

2.4 Was leisten wir bei Überführung und Bestattung?

Wir erstatten die Kosten für die Überführung der verstorbenen Person an den ständigen Wohnsitz. Alternativ erstatten wir die Kosten, um die verstorbene Person in der Bundesrepublik Deutschland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

2.5 Was ist die versicherte Nachleistung?

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht der HanseMerkur im Rahmen dieses Tarifes bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von 3 Monaten weiter.

3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

3.1 In welchen Fällen sind die Leistungen eingeschränkt?

- 3.1.1 Für Kosten für Heilbehandlungen von
- Krankheiten,
 - Beschwerden und
 - Unfallfolgen,
- die in den letzten 6 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes oder dem Beginn der Verlängerung bekannt waren, tragen Sie einen Eigenanteil in Höhe von 5.000,- EUR je Versicherungsfall. Unsere Leistungen hierfür sind auf 30.000,- EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.
- 3.1.2 Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- 3.1.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so können wir die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.
- 3.1.4 Der Eigenanteil und die Höchstleistung nach Ziffer 3.1.1 gelten nicht, wenn eine akute Verschlechterung einer chronischen Erkrankung gegeben ist.
- Kontrolluntersuchungen fallen allerdings unter die Regelungen von Ziffer 3.1.1.

3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist:

- 3.2.1 Wenn Sie
- arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind oder
 - den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.
- 3.2.2 Für die Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten.
- 3.2.3 Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch aktive Teilnahme an inneren Unruhen oder an Krieg entstehen.
- 3.2.4 Für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- 3.2.5 Für Kuren und Behandlungen im Sanatorium sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- 3.2.6 Für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- 3.2.7 Für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort.
- Ausnahme:**
- Die Heilbehandlung ist durch einen dort eintretenden Unfall notwendig oder
 - Sie haben sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zum Zweck einer Kur aufgehalten und erkrankten dort.
- 3.2.8 Für Behandlungen durch
- Ehegattin/Ehegatte
 - Eltern
 - Kinder
 - Personen, mit denen Sie während Ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland zusammenleben.
- Für nachgewiesene Sachkosten leisten wir auch in diesen Fällen.

- 3.2.9 Für Behandlungen oder Unterbringung aufgrund
- Siechtum,
 - Pflegebedürftigkeit oder
 - Verwahrung.
- 3.2.10 Für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung.
- 3.2.11 Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss.
- 3.2.12 Für Immunisierungsmaßnahmen.
- 3.2.13 Für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen.
- 3.2.14 Für Selbstmord, Selbstmordversuche und deren Folgen.
- 3.2.15 Für Vorsorgeuntersuchungen.
- 3.2.16 Für Organspenden und deren Folgen.
- 3.2.17 Für Schäden durch Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, Streik, Kernenergie, Beschlagnahmung, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand.
- 3.2.18 Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (z. B. Blocking Regulation, Verordnung (EG) Nr. 2271/96) oder der Bundesrepublik Deutschland (z. B. § 7 Außenwirtschaftsverordnung (AWV)) entgegenstehen.

Abschnitt IV – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. ²Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. ²In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. ²Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) ¹Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. ²Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) ¹Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung

einer Frist kündigen. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

¹Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. ²Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) ¹Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. ²Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. ³Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) ¹Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) ¹Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. ²Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) ¹Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. ²Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. ³Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Schlichtungsstellen

Wir weisen Sie an dieser Stelle auf die Möglichkeit zur außergerichtlichen Streitbeilegung hin.

Für die Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch eine freiwillige Mitgliedschaft der HanseMerkur im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. satzungsgemäß die Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle.

Ombudsmann

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Hotline: 01802 550 444

Fax: 030 204 589 31

Weitere Informationen finden Sie im Internet:
www.pkv-ombudsmann.de.